·论著·

医学无法解释症状的诊疗策略

刘瑞红[1]，陈凯[2]，李卓[1]，孙佐雅[1]，陈志远[1*]

1.518053 广东省深圳市，香港大学深圳医院全科医学科
2.518000 广东省深圳市，南方医科大学深圳医院全科医学科
*通信作者：陈志远，教授；E-mail：chiyuenchan@hku-szh.org

【摘要】 医学无法解释症状（MUS）是基层医疗的常见问题，其病因不明确，会给患者带来持续的痛苦且影响医患关系。在全科医师的日常诊疗中，MUS 的早期发现、早期干预是一个时刻面临的挑战。本文结合相关文献和指南阐述 MUS 的诊疗思路，以帮助全科医生在临床实践中有效识别和管理 MUS，最终达到提高患者治疗效果、构建和谐医患关系的目的。

【关键词】 躯体型障碍；医学无法解释症状；疾病管理；全科医生
【中图分类号】 R 749.29 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0434

Diagnostic Strategies for Medically Unexplained Symptoms

LIU Ruihong[1]，*CHEN Kai*[2]，*LI Zhuo*[1]，*SUN Zuoya*[1]，*CHEN Zhiyuan*[1*]
1.Department of Family Medicine，the University of Hong Kong-Shenzhen Hospital，Shenzhen 518053，China
2.Department of Family Medicine，Shenzhen Hospital of Southern Medical University，Shenzhen 518000，China
**Corresponding author：CHEN Zhiyuan，Professor；E-mail：chiyuenchan@hku-szh.org*

【Abstract】 Medically unexplained symptoms （MUS） is a common problem in primary medical care. The etiology of MUS is unclear，which brings continuous pain to patients and affects the doctor-patient relationship. As a result，the management of MUS is a challenge for general practitioners. Combined with relevant literature and guidelines，this paper expounds the diagnosis and treatment ideas of MUS，so as to help general practitioners identify and manage MUS in clinical practice effectively，and finally achieve the purpose of improving the treatment effect of patients and building a harmonious doctor-patient relationship.

【Key words】 Somatoform disorders；Medically unexplained symptoms；Disease management；General practitioners

医学无法解释症状（Medically Unexplained Symptoms，MUS）的概念最早在1985年由SLAVNEY等[1]医生提出，他们在临床上常会遇到一些很难解释和诊断的症状，在向其他科室转诊时，为了统一描述因而用到了 MUS 这一名词。MUS 是一个描述性的诊断，是指经过充分的躯体和精神疾病的医学检查，仍未发现可以对症状进行解释的疾病，或者发现的疾病不足以解释症状严重程度的情况。MUS 在临床上普遍存在，多以头晕、头痛、疲劳、四肢关节疼痛和感觉异常等主诉形式出现[2]。MUS 患者常因得不到明确的诊断而延误治疗，长期承受着躯体症状带来的痛苦，且反复就诊造成大量医疗资源被占用。此外，重复的阴性检测结果和不理想的治疗效果会使 MUS 患者产生抵触情绪，导致其对医生和医疗机构丧失信任[3]。

据统计，初级医疗机构是 MUS 患者的主要首诊地点，而作为初级医疗的主要提供者，全科医生在 MUS 的识别和管理上发挥着关键作用[4]。然而，目前医学界关于 MUS 的研究成果有限，其病因及发病机制尚不明确，且缺乏统一的诊断标准，全科医生对 MUS 的早期识别及管理能力均存在不足。本文旨在对国内外的 MUS 研究进行综述分析，帮助全科医生对 MUS 的诊疗流程有更加系统地认识，从而提高对 MUS 患者的照顾

引用本文：刘瑞红，陈凯，李卓，等. 医学无法解释症状的诊疗策略［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0434.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
LIU R H，CHEN K，LI Z，et al. Diagnostic strategies for medically unexplained symptoms［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］



能力。

1 MUS 的定义和诊断

国内外对于 MUS 的定义仍有较大分歧，其核心问题在于 MUS 属于生理或是精神疾病[5]。因此，MUS 在生物医学和精神医学领域沿着两个不同的方向发展。在生物医学中，MUS 更多用来指代“功能性疾病”，主要指由于大脑皮层功能失调、自主神经功能紊乱而产生的一系列临床症状，常见有肠易激综合征、功能性消化不良、纤维肌痛和慢性疲劳综合征等[6]。而在精神医学领域，国内医生则常参考《第四版精神障碍诊断与统计手册》（DSM-Ⅳ）将 MUS 描述为“躯体形式障碍”或“躯体症状障碍”（DSM-Ⅴ），包括未分化躯体形式障碍、疼痛障碍、疑病症等[7]。

要注意 MUS 与未分化疾病混用，国内学者认为未分化疾病是指医学上无法解释的躯体症状或疾病尚处于早期而未能明确归属于某一系统的疾病[8]。未分化疾病的概念最早出自 2014 年《全科医学与社区卫生名词》第一版，其定义是尚无法归于某种具体疾病的症状，多指疾病的早期，症状无特异性、表现泛化。未分化是指疾病的早期不外显阶段，其症状可以呈自限性自行消失，也可以随着时间的推移或接触诱发因素进展为相对应的外显阶段，表现出典型的症状体征[9]。可见，二者的内涵并不一致。

为了统一概念，《“医学难以解释的症状”临床实践中国专家共识》（以下称“MUS 中国专家共识”）指出，MUS 是指一组现象而非一个特定的疾病，其核心含义是不能用生物医学的病理结构改变和精神心理异常给予合理解释的躯体症状[10]。世界家庭医生组织（WONCA）心理健康工作组也于 2018 年发布了《处理医学无法解释症状（MUS）患者的需要》，将 MUS 定义为一种发展的临床假设，即躯体或精神疾病已经得到充分的检测和治疗，但患者的临床症状仍没有完全解决[11-12]。且随着医学技术和观念的发展，某些原本被认为是医学无法解释的症状在明确病因之后成为了医学可解释的症状。相反，新的科学技术也可能否定某些被认为已经得到解释的症状的病因，使之重新成为无法解释的症状。因此，目前建议 MUS 的诊断应采用排除法[10]，包括 3 个要点：（1）患者的躯体症状无法用其他器质性疾病或精神障碍进行充分解释；（2）这些症状不是由人为性障碍或诈病造成的；（3）症状给患者的生命活动或社会功能带来严重的损害。

2 MUS 的病因

MUS 一词意味着对症状的根源没有明确解释。国外学者曾建立多种模型试图解释 MUS 的病因，包括生物学模型、心理学模型和综合性模型，每一类模型又包含多种理论[5]。

生物学模型认为 MUS 源自生物医学的病理结构改变。其中的内分泌失调理论提出：下丘脑—垂体—肾上腺（HPA）轴存在着反馈回路，可调节身体对急性和慢性应激的反应，而在 MUS 患者中发现了该轴的失调，可能因此产生异常的躯体症状[13]。自主神经功能障碍理论和异常本体感觉理论都认为 MUS 是神经系统功能异常的结果，因为相比健康人群，MUS 患者的副交感神经反应更加活跃，且对自己身体的感知更为准确和敏感，即使是肌肉张力的微小变化都会引起明显的异常感觉，使得患者长期处于高度敏感的状态且承受着持续的精神压力，这一机制是导致 MUS 的重要因素[14-15]。

心理学模型则认为 MUS 是由精神心理异常引起的躯体化症状。在体感放大理论中，学者发现 MUS 患者更容易将注意力集中在身体细微的感觉上，且常带着负面想法，这会进一步放大对这些物理信号的感知，导致恶性循环，即躯体感觉被患者的想法和担忧所强化，因此 MUS 患者会经历更为严重且具破坏性的感觉[16]。在脆弱性理论中，具有消极情绪和神经质的个体更容易患上 MUS，此外，童年的经历包括虐待、不安全的依恋和父母的影响在 MUS 的发展过程中起着重要作用[17]。

随着对 MUS 的理解不断深入，器质性与功能性的绝对二分法不再提倡，因此有学者将二者结合，提出新的综合性模型。其中的信号过滤理论认为，人体会将感官刺激持续地发送给大脑，在健康个体中这些“感觉噪音”会被过滤和忽视掉，以确保大脑不会受到正常生理信息的过度刺激。而 MUS 患者的这种过滤功能常是异常的，导致其无法区分来自生理过程和来自病理生理过程的信息，因此同时承受着两种类型的信息，使精神压力明显增加[14]。疾病行为理论则假定患者的信念会影响他们的行为，而这种行为反过来会影响症状，导致恶性循环。例如，当慢性疲劳患者认为运动会让自己更累时，会暂停各项体力活动，转而增加对自身的注意，这可能导致持续的躯体症状[18]。

WONCA 提出的理论更为全面，采用了“生物—心理—社会”的模型，从易患因素、诱发因素和维持因素 3 个维度来阐述 MUS 的病因（表 1）[11]。

3 MUS 的流行情况

由于国内外缺乏规范统一的诊断标准，有关 MUS 患病率的研究结果迥异，具体根据研究方法和人群的不同而有所差异。1997 年世界卫生组织对 14 个国家的初级保健机构进行统计调查，结果显示 MUS 的患病率为 20%[19]。德国一项长达 12 个月的跟踪调查发现，在德国初级保健机构中 MUS 的患病率为 22.9%；在 43.2%

表 1　MUS 的易患、诱发和维持因素及生物—心理—社会模型

Table 1　Predisposing，inducing，and maintaining factors and bio-psycho-social models of MUS

因素	生物	心理	社会
易患因素	·基因 ·慢性疾病 ·儿童时期严重疾病	·当前生活压力 ·心理创伤 ·儿童期的不良经历 ·躯体、性或情感虐待（童年） ·不安全的依恋模式 ·抑郁症 ·焦虑障碍 ·创伤后应激障碍 ·其他精神障碍 ·人格特点（述情障碍，神经质）	·家人的患病经历 ·家人患病时的行为 ·忽视对个人需求的自我照顾 ·文化信念和期望 ·医疗卫生系统的特色
诱发因素	·感染性疾病 ·意外事故 / 创伤 ·手术	·超负荷的压力 ·抑郁症 ·焦虑障碍 ·其他精神障碍 ·过去创伤相关的近期生活事件 ·与虐待但重要的他人持续接触	·负面的生活事件（失去心爱的人，即将来临的辞职） ·艰苦的生活条件 ·高负荷工作 ·工作上的社交支持不足 ·大众媒体对健康问题的报道
维持因素	·运动能力下降 ·能力和韧力下降 ·敏感性和感知增强（过度敏感、警觉）	·无法改变当前的担心和焦虑 ·抑郁症 ·对疾病认知的功能失调 ·低自尊 ·错误的归因 ·灾难化想法 ·医生表现的角色和行为	·缺乏社交支持 ·因患病获益 ·习得行为 ·家庭互动

注：MUS= 医学无法解释症状。

的患者中，MUS 与至少一种其他精神障碍并存，且女性占比明显高于男性[20]。国内一项流行病学调查显示，普通人群中符合 MUS 诊断者约为 6.92%，综合性医院的内科和神经科门诊 MUS 患者就诊率占 18.2%，而住院患者为 4.13%[21]。2018 年浙江大学医学院附属第一医院对全科门诊就诊情况分析表明，在全科医生的临床工作中，有 21.3% 的患者因 MUS 就诊[22]。可见，MUS 在初级卫生保健中是普遍存在的。

4　MUS 患者的特征

MUS 常表现为慢性的、波动性的身体不适感，其临床表现涉及呼吸、循环、神经和消化等多个系统，常表现为疲劳、疼痛、心悸、头晕、呼吸困难和全身“不适”感等[10]。部分患者症状轻微，部分也可导致明显的功能障碍，以至于严重影响日常生活和工作状态。这些症状虽然经充分的躯体和精神疾病检查也无法解释，或发现的疾病不足以解释症状的严重程度，但症状是真实存在，而非患者想象或伪装出来的。

患者在叙述病史时常会用丰富多彩的语言和肢体动作着重描述甚至放大自己的不适感，以获得医生对症状的重视。病史中常可发现患者近期罹患过器质性疾病，或听闻、目睹他人患病[23]。与一般人群相比，MUS 患者的焦虑和抑郁水平更高，对自身生活质量的满意度明显不足[24]，同时欠缺情绪调节技能，在面对生活中的应激事件时，常消极处理，加之对健康的过分关注，使得诊疗不理想的躯体症状被强化，导致恶性循环。而无法找到相应的病因令患者更加痛苦，常反复检查就医，频繁更换医生、医院，表现出对医生的不信任乃至敌对情绪[25-26]。

5　MUS 的评估和分级

5.1　评估

对于 MUS 患者症状的评估，国外多项研究及 WONCA 都建议将重点放在症状发生的时序上，具体评估内容包括：（1）症状出现的地点和时间（症状的情景）；（2）功能受损的程度（躯体功能、家庭功能和社会功能）；（3）存在哪些 MUS 潜在的诱因（如家庭、工作、人际关系等问题）；（4）患者的想法、担忧和期望（尤其是对检测和治疗效果的期望）；（5）患者的疾病行为（包括求助、就医的经历）；（6）患者的生活和社会环境。这样系统的评估可以更好地理解患者及其症状的性质[11，27-28]。

需要注意的是，由于焦虑症、抑郁症或创伤后应激障碍患者也可能出现躯体症状（如疲劳、头晕、心悸等），因此识别 MUS 患者是否合并有精神障碍非常重要。此外，合并精神障碍也可能作为 MUS 的易患或诱发因素。如果存在这些精神障碍，医生须根据现有指南优先治疗合并的精神障碍；相关治疗后，再根据余下的症状重新评估 MUS 的临床假设[29]。

5.2　分级

为了早期识别 MUS 的风险以及指导后续的分级治疗方案，MUS 中国专家共识和 WONCA 建议根据对症状的评估结果（以及识别易患因素、诱发因素和维持因素）划分 MUS 的严重程度，包括轻度、中度以及重度。症状的数量越多、持续时间越长，受影响的身体系统（例如胃肠、心肺、肌肉骨骼）越多、功能受损程度越多、看诊医生的次数越多，MUS 的严重程度就越高（表 2）[10-11]。

6　MUS 的管理

全科医生作为初级医疗的主力军，在早期识别、早期干预 MUS 上具有先天优势，且能提供个体化、连续性、综合性的照顾。近年来，国内越来越多的研究认识到全科医生的这一优势，认为综合性医院的全科医学科应成为 MUS 诊疗中心，建立协调性的诊疗机制，为 MUS 患者提供多学科综合性保障[22，30]。

面对首诊的 MUS 患者，全科医生应根据症状的严重程度对患者进行分级管理，各国的指南建议如表 2 所

表 2 MUS 的分级参考标准
Table 2 Grading reference standards for MUS

MUS 等级	标准内容
轻度	患者承受躯体症状的时间较短，症状单一、程度较轻，未导致明显的功能障碍，愿意和医生讨论心理社会因素
中度	患者躯体症状的持续时间较长，有一定程度的功能障碍，多存在合病（常合并心理/精神障碍），容易将注意力集中在躯体或精神障碍的某一方面上
重度	患者有持久的躯体症状，且导致严重的功能障碍，医患关系可能存在严重问题，常对检查结果和医生的诊断提出质疑，频繁更换医生和医院

示[31]。

表 3 各国指南的 MUS 分级管理
Table 3 Hierarchical management of MUS according to national guidelines

MUS 等级	荷兰家庭医生指南	丹麦家庭医生指南	德国多学科指南
轻度	·心理教育 ·（自我）管理建议 ·协商有时限的治疗计划 ·复诊	·正常化，解释 ·生物心理社会干预 ·复诊	·治疗的一般原则（同理心，观察等待，承认症状，解释） ·由全科医生、专科医生或心身基层医疗服务
中度	·心身治疗/运动疗法 ·精神健康执业护士 ·社康精神科护士	·症状再解释与管理 ·定期咨询（复诊） ·与专家合作（负责评估、治疗计划、监督）	·定期复诊 ·全科医生或专科医生的治疗加上心理治疗 ·疼痛为核心症状时，使用抗抑郁药 ·疼痛并非核心症状，但合并其他精神疾病时，使用抗抑郁药
重度	·多学科团队/治疗中心	·多学科的专科门诊治疗 ·认知行为与分级运动疗法 ·考虑药物治疗	·多学科的专科门诊治疗

需要注意的是，MUS 患者的症状和功能障碍越严重，后续康复所需要的治疗就越频繁和复杂。对于一个处于较轻 MUS 压力的患者，协助其释放精神压力通常是缓解病情最为有效的方式。而中度至重度 MUS 患者建议转诊到精神卫生机构，有严重功能障碍的患者则需要在二级或三级医疗机构中由多学科的专业人员协作进行管理（即分级管理的最后一步）。

7 MUS 治疗策略

7.1 建立良好的医患关系

良好的医患关系可以提高患者的满意度和依从性，是 MUS 成功治疗的基础。全科医生应以患者为中心，保持开放、同理及积极支持的态度对待患者的症状及其治疗。当医患关系持续且融洽时，MUS 患者的管理是最有效的[32]。

加强医患关系的方法有：（1）使用开放性的问题系统了解患者的就诊原因、对症状的想法、担忧和期望（ICE），评估潜在的易患因素、诱发因素和持续因素；（2）关注患者认为重要的问题，认可症状的真实性及其带来的痛苦；（3）对患者的精神状态和所经历的困难表达共情；（4）开放且包容地与患者讨论病情，解释症状，分析进一步检查和治疗的利弊；（5）适当地总结，以便于患者有机会核实医生是否理解患者的症状和顾虑，并可以补充遗漏的地方[11]。

7.2 积极解释症状

相比药物治疗，MUS 患者更倾向于寻求情感上的支持，特别是对其症状的合理解释[33]。MUS 目前没有确切的病因，但全科医生可以根据患者的文化背景提供有针对性和具体的解释，重点回答“是什么导致了这些症状”。合理的解释有助于帮助患者修正错误的观点，以达到认知重建，增强患者进一步管理好症状的决心，这一方法又被称为认知行为疗法（Cognitive-Behavior Therapy，CBT）[34]。

在沟通过程中，医生需要与患者交换意见，并就这些症状提出一个符合患者文化背景的解释模型并达成共识，特别是在阐明问题、情绪和症状之间的生物学联系时，全科医生和患者共同构建的解释模型最容易被其接受[11]。

大多数患者能理解的一个解释是：“当一个人的压力太高或持续太久时，很可能引起身体症状，像紧张会导致头痛、受惊吓时出现腹痛，或尴尬时的脸红等”。在国内，传统医学理论如“脏腑学说”“情志学说”和“体质学说”等也被广泛用于解释 MUS，这一理论体系更注重整体观念，强调心身统一，通过意象思维模式对 MUS 患者的症状赋予意义（如“气虚”“痰湿”等），国内患者也易于接受这些基于中国传统文化的解释[35]。

7.3 药物治疗

在没有医学干预或仅需要医生解释的情况下，大部分 MUS 患者的病情都可以得到缓解，但有一小部分患者的症状会持续存在并且导致功能障碍[36]。当症状持续数周以上且有明显功能障碍时，医生可以考虑开具缓解当前症状的对症药物，例如用于止痛的镇痛药、治疗神经性疼痛的三环类抗抑郁药和缓解心悸的 β 受体阻滞剂等。

虽然目前尚无治疗 MUS 的特效药，但是许多患者乐于接受针对躯体症状的选择性用药[37]。这种以缓解症状为目的的管理策略是可取的，尤其是在发现症状的初始阶段，能有效减轻患者的临床症状。在选择具体药物方案时，医生需要在对症治疗的获益与潜在的药物不良反应之间取得平衡，避免过度治疗[38]。

值得注意的是，MUS 常用治疗药物（三环类抗抑郁药、SSRIs、SNRIs 和植物制剂等）的有效性尚缺乏大型的临床试验支持，因此目前各国指南均不建议单纯使用药物治疗 MUS，而是推荐药物联合心理、社会干

预的综合治疗方案[37]。

7.4 生活方式改善

患者良好的自生活习惯是控制 MUS 的重要一环，包括按时的活动和锻炼，保持有规律的睡眠习惯，合理健康的饮食以及放松训练等。尤其是参加一些令人愉快的活动，或者追求一种爱好，可以有效缓 MUS 患者的不适感或痛苦，并减轻压力。

医生要鼓励患者尽可能继续或恢复正常的日常活动，推荐分级运动疗法（Graded Exercise Therapy，GET）作为锻炼的首选方案。GET 是指运动逐渐开始并随着时间的推移而增加运动量，以提高身体功能，常见的运动方式有步行、慢跑、游泳和骑行等。一般要求患者在 52 周的时间内逐渐增加体力活动的持续时间，最终达到 5 d/ 周、30 min/ 次的轻中度运动，且运动时应设置最大心率，即每分钟心率不高于（220 －年龄）×80%，避免过度运动和物理损伤。对于以疲劳、失眠为主要临床表现的 MUS，GET 是一种安全有效的干预方法，能显著改善 MUS 的预后[39]。虽然 GET 可以不同程度地增强患者的身体功能，但其作用机制更多是心理方面的，包括在运动过程中转移对自身症状的注意力，以及身体功能提高带来的成就感（尤其在使用血氧仪和心率检测器时）等，都有助于缓解 MUS 的症状。

8 总结

MUS 患者常因为得不到明确诊断而延误治疗，持续承受着躯体症状带来的痛苦，且反复就诊造成大量的医疗资源浪费。初级医疗机构是大多数 MUS 患者的首诊地点，因此在 MUS 的诊治过程中，全科医生扮演着重要的角色。首诊时，全科医生可以围绕“生物—心理—社会”模型，从易患因素、诱发因素和维持因素 3 个维度来评估 MUS 患者，并根据症状的严重程度划分等级，以便于早期识别 MUS 的风险以及指导后续的分级治疗方案。

全科医生有条件为 MUS 患者提供个体化、连续性、综合性的照顾，其中良好的应诊沟通技巧和医患关系是高质量管理 MUS 的先决条件。目前虽然尚无治疗 MUS 的特效药物，但是通过对症药物联合心理、社会干预的综合治疗方案可以有效缓解患者的症状。如果是轻度的 MUS 患者，全科医生可通过积极解释症状、协助释放精神压力等方式独立进行干预；而对于中重度的 MUS 患者，应联合多学科的专业人员进行协作管理。

作者贡献：刘瑞红、陈志远、陈凯进行文章的构思与设计，结果的分析与解释；李卓、孙佐雅负责论文修订、文章的质量控制及审校；刘瑞红、陈凯进行数据整理，撰写论文，对文章整体负责。所有作者确认了论文终稿。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] SLAVNEY P R，TEITELBAUM M L. Patients with medically unexplained symptoms：DSM-III diagnoses and demographic characteristics［J］. Gen Hosp Psychiatry，1985，7（1）：21-25. DOI：10.1016/0163-8343（85）90006-4.

[2] JADHAKHAN F，LINDNER O C，BLAKEMORE A，et al. Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of health care services：a systematic review and meta-analysis protocol［J］. BMJ Open，2019，9（7）：e027922. DOI：10.1136/bmjopen-2018-027922.

[3] STONE L. Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms：a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice［J］. BMC Fam Pract，2014，15：192. DOI：10.1186/s12875-014-0192-7.

[4] GOL J，TERPSTRA T，LUCASSEN P，et al. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care：a qualitative study［J］. Br J Gen Pract，2019，69（681）：e254-261. DOI：10.3399/bjgp19X701849.

[5] VAN RAVENZWAAIJ J，OLDE HARTMAN T，VAN RAVESTEIJN H，et al. Explanatory models of medically unexplained symptoms：a qualitative analysis of the literature［J］. Ment Health Fam Med，2010，7（4）：223-231.

[6] 张斌．医学难以解释症状的临床实践与思考［J］．神经疾病与精神卫生，2018，18（1）：2-5. DOI：10.3969/j.issn.1009-6574.2018.01.001.

[7] 宋新然，杨卫边，孙丹，等．躯体症状障碍相关研究进展［J］．牡丹江医学院学报，2019，40（1）：117-119. DOI：10.13799/j.cnki.mdjyxyxb.2019.01.040.

[8] 娄铮，刘颖，邵双阳，等．未分化性疾患（未分化疾病）的研究进展［J］．全科医学临床与教育，2021，19（7）：636-639. DOI：10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.007.017.

[9] 医学名词审定委员会全科医学与社区卫生名词．全科医学与社区卫生名词（2014）［EB/OL］．［2023-10-11］. http://www.cnterm.cn/jggk/sdfwyh/qkyxysqwsmcsdfwyh/qkyxsdcg/201703/t20170309_363358.html.

[10] 中国医师协会精神科医师分会综合医院工作委员会．“医学难以解释的症状”临床实践中国专家共识［J］．中华内科杂志，2017，56（2）：150-156. DOI：10.3760/cma.j.issn.0578-1426.2017.02.017.

[11] OLDE HARTMAN T，LAM C L，USTA J，et al. Addressing the needs of patients with medically unexplained symptoms：10 key messages［J］. Br J Gen Pract，2018，68（674）：442-443. DOI：10.3399/bjgp18X698813.

[12] Olde Hartman T，Lam CL，Usta J，et al. Chinese Translation by Liu ruihong，Zou Chuan and Cindy L.K. Lam. 处理医学无法解释症状（MUS）患者的需要．

[13] DEARY V，CHALDER T，SHARPE M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms：a theoretical and empirical review［J］. Clin Psychol Rev，2007，27（7）：781-797. DOI：10.1016/j.cpr.2007.07.002.

[14] RIEF W，BARSKY A J. Psychobiological perspectives on somatoform disorders［J］. Psychoneuroendocrinology，2005，30（10）：

996-1002. DOI：10.1016/j.psyneuen.2005.03.018.

[15] HYPHANTIS T，GOULIA P，CARVALHO A F. Personality traits，defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease [J]. J Psychosom Res，2013，75（4）：362-369. DOI：10.1016/j.jpsychores.2013.08.014.

[16] DUDDU V，ISAAC M K，CHATURVEDI S K. Somatization，somatosensory amplification，attribution styles and illness behaviour：a review [J]. Int Rev Psychiatry，2006，18（1）：25-33. DOI：10.1080/09540260500466790.

[17] BUFFINGTON C A. Developmental influences on medically unexplained symptoms [J]. Psychother Psychosom，2009，78（3）：139-144. DOI：10.1159/000206866.

[18] WILHELMSEN I. Biological sensitisation and psychological amplification：gateways to subjective health complaints and somatoform disorders [J]. Psychoneuroendocrinology，2005，30（10）：990-995. DOI：10.1016/j.psyneuen.2005.01.011.

[19] PEVELER R，KILKENNY L，KINMONTH A L. Medically unexplained physical symptoms in primary care：a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion [J]. J Psychosom Res，1997，42（3）：245-252. DOI：10.1016/s0022-3999（96）00292-9.

[20] STEINBRECHER N，HILLER W. Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care [J]. Gen Hosp Psychiatry，2011，33（4）：318-326. DOI：10.1016/j.genhosppsych.2011.05.002.

[21] 崔利军，栗克清，江琴普，等. 河北省躯体形式障碍的流行病学调查 [J]. 中国健康心理学杂志，2008，16（2）：121-123. DOI：10.13342/j.cnki.cjhp.2008.02.007.

[22] 邱艳，任文，刘颖，等. 综合性医院全科线上-线下门诊就诊情况分析 [J]. 中华医院管理杂志，2018，34（7）：552-555. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2018.07.007.

[23] BUDTZ-LILLY A，VESTERGAARD M，FINK P，et al. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care：a cross-sectional study [J]. Br J Gen Pract，2015，65（638）：e617-623. DOI：10.3399/bjgp15X686545.

[24] IMRAN N，ANI C，MAHMOOD Z，et al. Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children：a case-control study [J]. J Psychosom Res，2014，76（2）：105-112. DOI：10.1016/j.jpsychores.2013.11.016.

[25] HANSSEN D J C，OUDE VOSHAAR R C，NAARDING P，et al. Social characteristics and care needs of older persons with medically unexplained symptoms：a case-control study [J]. Fam Pract，2016，33（6）：617-625. DOI：10.1093/fampra/cmw067.

[26] 毛雪琴，张蕊，王梦欣. 综合医院"医学无法解释的躯体症状"患者症状特点及相关因素分析 [J]. 山东大学学报（医学版），2014（9）：90-94. DOI：10.6040/j.issn.1671-7554.0.2014.289.

[27] VAN DER FELTZ-CORNELIS C M，HOEDEMAN R，DE JONG F J，et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial [J]. Neuropsychiatr Dis Treat，2010，6：375-385. DOI：10.2147/ndt.s11832.

[28] JACKSON J L，PASSAMONTI M. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years [J]. J Gen Intern Med，2005，20（11）：1032-1037. DOI：10.1111/j.1525-1497.2005.0241.x.

[29] HARTMAN T. Nhg guideline on medically unexplained symptoms（mus）[J]. Huisarts Wet，2013，56：222-230.

[30] 刘瑞红，陈志远，黄志威. 从一例全身肌肉跳动患者谈全科医生4P问诊模式下的全人照顾 [J]. 中国全科医学，2020，23（5）：620-622. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.045.

[31] OLDE HARTMAN T C，ROSENDAL M，AAMLAND A，et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? [J]. BJGP Open，2017，1（3）：bjgpopen17X101061. DOI：10.3399/bjgpopen17X101061.

[32] VAN DESSEL N，DEN BOEFT M，VAN DER WOUDEN J C，et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms（MUPS）in adults [J]. Cochrane Database Syst Rev，2014（11）：CD011142. DOI：10.1002/14651858.CD011142.pub2.

[33] DEN BOEFT M，HUISMAN D，MORTON L，et al. Negotiating explanations：doctor-patient communication with patients with medically unexplained symptoms-a qualitative analysis [J]. Fam Pract，2017，34（1）：107-113. DOI：10.1093/fampra/cmw113.

[34] LEAVISS J，DAVIS S，REN S J，et al. Behavioural modification interventions for medically unexplained symptoms in primary care：systematic reviews and economic evaluation [J]. Health Technol Assess，2020，24（46）：1-490. DOI：10.3310/hta24460.

[35] 汪新建，陈子晨. "医学无法解释症状" 的界定：躯体化诊断的本土视角 [J]. 南京师大学报（社会科学版），2014（2）：110-116. DOI：10.3969/j.issn.1001-4608.2014.02.014.

[36] LEIKNES K A，FINSET A，MOUM T，et al. Course and predictors of medically unexplained pain symptoms in the general population [J]. J Psychosom Res，2007，62（2）：119-128. DOI：10.1016/j.jpsychores.2006.08.009.

[37] KLEINSTÄUBER M，WITTHÖFT M，STEFFANOWSKI A，et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults [J]. Cochrane Database Syst Rev，2014（11）：CD010628. DOI：10.1002/14651858.CD010628.pub2.

[38] UNCERTAINTY M P. Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms. 2011.

[39] WHITE P D，GOLDSMITH K A，JOHNSON A L，et al. Comparison of adaptive pacing therapy，cognitive behaviour therapy，graded exercise therapy，and specialist medical care for chronic fatigue syndrome（PACE）：a randomised trial [J]. Lancet，2011，377（9768）：823-836. DOI：10.1016/S0140-6736（11）60096-2.

（收稿日期：2023-12-19；修回日期：2024-04-11）

（本文编辑：崔莎）